



PROGRAMA NACIONAL DEL ADULTO MAYOR

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD
DIVISIÓN SALUD DE LA POBLACIÓN**

**URUGUAY
2005 – 201**



Ministra de Salud Pública

Dra. María Julia Muñoz

Subsecretario de Salud Pública

Dr. Miguel Fernández Galeano

Director General de la Salud

Dr. Jorge Basso

Director de División Salud de la Población

Dr. Manuel Bianchi

Coordinador del Área Programática.

Dr. José Pereira.

Directora del Programa Nacional del Adulto Mayor

Lic. Enf. Eugenia De Marco



Programa Nacional Adulto Mayor

Participaron en la elaboración del programa:

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA:

DIGESA:

División Salud de la Población - Programa Nacional del Adulto Mayor

ASSE:

Hospital Centro Geriátrico Piñeyro del Campo

Red de Atención del Primer Nivel

INTENDENCIA MUNICIPAL DE MONTEVIDEO:

División Salud

Servicio de Atención a la Salud

Secretaría del Adulto Mayor

INTRODUCCION

La salud y las políticas socio - sanitarias son una prioridad en el cambio de modelo de atención. Las mismas estarán sustentadas en la **calidad, accesibilidad y equidad**, haciendo realidad un **modelo de atención integral y fortalecimiento del primer nivel de atención**.

En esta dirección el Programa Nacional del Adulto Mayor procura incorporar el concepto de mejora de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores, esto significa que se debe garantizar a todos ellos una vida digna, plena y participativa, mediante el desarrollo de un programa que fomente todas las áreas que se vinculan con la salud, promoviendo hábitos de vida saludables.

Como forma de permitir una mejor identificación de las acciones y las respuestas, se ha diseñado un plan acción que identifique los problemas, de forma que los objetivos permitan crear respuestas aplicables y evaluables.

JUSTIFICACION

La ancianidad se presenta como un fenómeno social que avanza en forma silenciosa, constante e irreversible, invadiendo todos los campos de la estructura global de la sociedad.

El ciudadano Adulto Mayor es un actor social, al igual que las personas de otros grupos etarios, con capacidades para aportar y con necesidades propias.

La salud de las personas adultas mayores, exige un enfoque intersectorial guiado por instrumentos normativos y jurídicos, fundamentado en la investigación y apoyado en recursos humanos competentes y servicios de salud sensibles a sus necesidades específicas.

Es necesario fortalecer la capacidad del sector salud en materia de atención primaria para proporcionar una gama continua de servicios a lo largo de la vida. La estrategia de Atención Primaria de Salud, el cambio de modelo de atención y el fortalecimiento del primer nivel de atención, constituyen aspectos sustanciales de esta política.

Es necesario reforzar las capacidades de las personas adultas mayores como un recurso para el desarrollo de ambientes sanos, favorecer la creación de una infraestructura para el apoyo de los miembros de la familia de las personas de edad, el desarrollo de alternativas comunitarias para las prestaciones institucionales y la promoción de programas intergeneracionales.

Uruguay constituye actualmente uno de los países más envejecidos de Las Américas con un 17% de su población mayor de 60 años, de los cuales el 13,4 % es mayor de 65 años. Dentro de ellos el subgrupo que crece más aceleradamente es el de mayores de 75 años (envejecimiento del envejecimiento), es decir aquellos con mayor demanda de cuidados y mayor probabilidad de pérdida de autonomía. El 94% de las personas mayores de 60 años reside en la comunidad y casi la mitad (47%) se concentran en Montevideo, alcanzando este grupo el 19 % de la población capitalina.

Para el año 2025, las proyecciones prevén que esta población alcance el 20% y que los mayores de 75 años constituirán el 40% del grupo etario (375.000 individuos).

Los mayores de 80 años ya constituyen 3% de esta población, superan la media de la región del Cono Sur y los centenarios ya constituyen un grupo que supera los 400 individuos en todo el territorio nacional.

La mayor parte de esta población son personas autoválidos y socialmente integradas. Casi 90% reside en medios urbanos, su escolaridad promedio alcanza el nivel de primaria en más del 60% y secundaria en un 28%. Más del 80% tiene pensiones o jubilación pero éstas no siempre alcanzan a satisfacer las necesidades de atención y cuidados que requieren. Un porcentaje creciente de adultos mayores carece de ingresos de pensiones contributivas en tanto proceden del sector de trabajo informal o trabajo precario, no generando derechos a beneficios sociales hasta muy añosos (pensión a la vejez) o cuando tienen una discapacidad severa.

Junto al previsible aumento de demanda de cuidados, han ocurrido una serie de cambios sociales, especialmente en la estructura familiar entre los que se destaca la incorporación de la

mujer al mundo laboral y con ello la mengua de un recurso tradicional destinado a la atención de los más vulnerables. La reducción de entorno familiar y con ello de la red capaz de cuidar en situación de enfermedad o dependencia se expresa en la relación de dependencia, la que varía de 100/55 en 1995 a 100/93 en 2025. Se estima que de 5 personas cuidadores promedio en 1950, se pasará a 2 ó 3 en el año 2025, uno de los cuales también será mayor de 65 años.

Se prevé que esta realidad se incremente en el futuro, como consecuencia de las sucesivas crisis económicas que han redundado en un aumento del trabajo informal.

Aproximadamente el 20% de los adultos mayores viven solos, sin quien les cuide ante la probabilidad de discapacidad o enfermedades, hecho más frecuente a mayor edad, planteándose un enorme desafío para un sistema de salud basado exclusivamente en la responsabilidad y capacidad individual o el soporte familiar.

Desde el punto de vista sanitario, las principales causas de muerte se asocian a las enfermedades no transmisibles prevalentes, no existiendo en nuestro país registros o sistemas de información confiables sobre morbilidad.

Sin embargo puede asumirse que las principales causas de mortalidad constituyen también las principales causas de discapacidad y pérdida de autonomía.

El 30% de los adultos mayores padece tres o más enfermedades crónicas, lo que aumenta la probabilidad de desarrollar dependencia y el riesgo de efectos adversos a medicamentos.

Los estilos de vida no saludables tienen alta prevalencia y entre los adultos mayores, el 83% refiere sedentarismo y más del 50% padece diversos grados de sobrepeso y obesidad.

La prevalencia e incidencia de enfermedades mentales aumenta con la edad y en ello confluyen aquellos con patología mental previa que envejecen y quienes instalan enfermedades mentales en esta etapa de la vida. Se incluyen en estos problemas los trastornos afectivos, las demencias, las psicosis, el abuso de sustancias (alcoholismo y fármacos) y problemas multifactoriales con impacto sobre la salud mental como el abuso, el maltrato y/o la negligencia en los cuidados.

Aproximadamente 10% de los adultos mayores en la comunidad tienen trastornos depresivos, situación que se incrementa en la población institucionalizada (15% a 35%) o internada en hospitales (10% a 20%). Aunque no existen registros nacionales, se calcula que más de 10% de los mayores de 65 años padece alguna forma de demencia, lo que supone más de 40.000 personas.

Esta prevalencia crece en mayores de 80 años, afectando al 35% de los mismos. Se trata de un problema mayor de salud pública para el cual deben desarrollarse estrategias específicas que han estado ausentes de las políticas de Estado.

Si bien en la actualidad entre 20% a 30% de los adultos mayores de 65 años en la comunidad padecen discapacidad para actividades básicas de la vida diaria (comer, bañarse, vestirse, transferencia sillón - cama, deambular), el escaso énfasis puesto en la prevención en períodos previos hace previsible la existencia de cohortes de individuos más añosos y discapacitados.

Además, el envejecimiento poblacional se acompaña de un cambio en la estructura familiar con una progresiva reducción de los cuidadores familiares potenciales, esto se expresa en la razón de dependencia, que de 100 cuidadores potenciales cada 55 adultos mayores existente en 1995, se pasará a 100 cuidadores potenciales por cada 93 adultos mayores en el año 2025.

Los cambios en la estructura familiar se asocian con la fuerte reducción del número de integrantes de la familia, la baja natalidad y la emigración internacional de cohortes jóvenes durante la dictadura y en las sucesivas crisis económicas.

La integración de la mujer al mundo laboral ha significado también la disminución en la disponibilidad de un recurso tradicional para la atención de los más vulnerables.

La ausencia de estructuras y servicios intermedios y diferenciados para adultos mayores (atención socio sanitaria domiciliaria programada, centros diurnos, viviendas protegidas, sistemas de respiro), que proporcionen soporte a las familias en la comunidad, ha derivado en un crecimiento de población anciana en instituciones de larga estancia (residencias - "casas de salud", hogares de ancianos).

Ante esta realidad, una correcta atención geriátrica debe basarse en varios principios fundamentales, tales como el trabajo interdisciplinario, el empleo de la metodología e instrumentos de valoración geriátrica integral y la atención del adulto mayor, mediante los denominados niveles asistenciales que garantizan la asistencia integral al paciente geriátrico en todas las situaciones de enfermedad o necesidad que éste pueda presentar.

DEFINICION DEL MODELO A DESARROLLAR

Contextos de atención,

servicios y Necesidades según índices de envejecimiento.

Un sistema de atención integral e integrado de los adultos mayores supone la organización de contextos y estructuras de atención, servicios y apoyos diversos, comunitarios e institucionales (sanitarios, sociales, ambientales y habitacionales, espacios de participación, protección de derechos, etc.), en un modelo centrado en las necesidades multidimensionales del adulto mayor. El mismo debe promover el envejecimiento activo, saludable y participativo, a la vez que debe ser capaz de asegurar una atención global, cobertura universal, continua, progresiva y flexible, según cambian las necesidades de las personas.

Para ello el sistema y modelo debe caracterizarse por unas condiciones básicas:

- **Debe ser accesible:** que implica que recursos y oportunidades de atención así como apoyos sean conocidos, que una vez evaluadas objetivamente las necesidades no existan factores limitantes (Ej.: discriminación por edad, situación económica), que se propenda a la participación de los mayores en la evaluación de programas y servicios que les corresponden, que se trabaje en la eliminación de barreras ambientales, psicológicas, culturales y que se asignen recursos a la satisfacción de las necesidades conforme las posibilidades objetivas de la sociedad en su conjunto.
- **Los servicios y programas deben ser coordinados y multidisciplinarios:** debe existir un continuo de contextos de atención, con enfoque sistémico, que con énfasis en la comunidad, articule con todos los niveles de atención, de forma de asegurar la progresividad y constancia de los cuidados. Para ello y en cada área y región deben identificarse servicios sociales y sanitarios capaces de satisfacer las necesidades, coordinar los recursos de forma que todas las actividades (promoción, prevención, atención primaria orientada al manejo y control de problemas habituales, rehabilitación y atención paliativa), se desplieguen en forma armónica e integrada. Todo ello supone aprovechar recursos existentes y desarrollar servicios diferenciados comunitarios y hospitalarios (centros diurnos, atención geriátrica domiciliaria, unidades de rehabilitación y media estancia, unidades de evaluación geriátrica). Un aspecto esencial es el establecimiento de sistemas de evaluación estandarizada de las necesidades de los usuarios adultos mayores, especialmente de los más vulnerables, de forma de ubicar o referir al usuario al contexto de atención capaz de atenderle mejor según la complejidad de sus problemas, basándose en protocolos y pautas consensuadas. Estas respuestas en el sector salud deben articularse y coordinarse con las de otros sectores y efectores del Estado que también son relevantes para mantener la salud, el máximo de independencia y bienestar en nuestros adultos mayores (vivienda, recursos y beneficios

A la interna del MSP deben establecerse instancias y espacios de coordinación con todos los programas que tengan que ver con la temática (discapacidad, salud mental, salud bucal, nutrición, educación para la salud, mujer y género, sida, etc.).

- **Sistema y modelo de responsabilidad compartida**: lo que supone responsabilidad de actores diversos que incluye a los propios adultos mayores (responsabilidad individual), las familias, los grupos comunitarios, efectores del sector privado, los gobiernos locales y todos los organismos del Estado que entiendan en el tema. Deben incluirse progresivamente estos actores, dando sustentabilidad al sistema y políticas operativas hacia los mayores, articulando en las respuestas esta variedad de actores y recursos.
- **Debe ser un sistema - modelo equitativo y sostenible**: la equidad supone la oportunidad de acceso a servicios cualquiera sea la condición de la persona. La viabilidad en el largo plazo debe sustentarse en un sistema y respuestas acordes a nuestro contexto socio cultural, a la generación de apoyos políticos y sociales que permitan una consolidación de la respuesta con carácter nacional, basados en una conciencia pública sobre el tema.
- **Debe trabajar sobre el aseguramiento de la calidad y su mejora continúa**: ello implica que los servicios para los adultos mayores deben sustentarse en una adecuada competencia de quienes los prestan y del personal incluido, así como de una adecuación de las estructuras. Para fomentar la calidad es necesaria la incorporación de indicadores a los sistemas de vigilancia del sector salud que permitan evaluar de forma constante la competencia, seguridad, accesibilidad, eficiencia, satisfacción de usuarios, continuidad de las atenciones y programas. Debe desarrollarse y difundirse estándares de practica profesional y una capacitación continua de los recursos humanos en los diversos sectores implicados, tanto en los cuidados formales como hacia el cuidado informal (familia, entorno socio familiar).

DEFICIENCIAS Y DEFINICION DE PRIORIDADES.

El usuario, las personas adultas mayores serán el centro del proceso de atención en el cual se sustentará el Programa Nacional del Adulto Mayor y esta cuestión resulta, el aspecto central de la propuesta que orienta también la jerarquización de problemas y soluciones.

Del contraste de diferencias entre la situación y modelo actual y las características y componentes que hemos desarrollado con vista al cambio del modelo de atención de nuestros mayores, es posible definir áreas críticas que orienten la jerarquización de objetivos y las actividades comprendidas en ellos.

Se asume que el objetivo principal supone fortalecer redes de apoyo, para que los mayores permanezcan en la comunidad, allí donde reside la mayoría.

En ello la estrategia de Atención Primaria de Salud, el cambio de modelo de atención y su fortalecimiento del primer nivel constituyen aspectos sustanciales de esta política.



**Programa Nacional
Adulto Mayor**

Programa del Adulto Mayor

PROPÓSITO

Favorecer un Envejecimiento Activo Saludable, que se traduzca en una vida digna, plena y participativa, colaborando en el mantenimiento del adulto mayor en la comunidad durante el mayor tiempo posible y en adecuadas condiciones de salud.

OBJETIVO GENERAL

Promover y asegurar la calidad de vida de las personas adultas mayores, mediante la satisfacción integral de sus necesidades, su participación activa y la promoción de sus derechos, a través de respuestas articuladas del Estado y la comunidad, favoreciendo su inserción como ciudadanos desde la perspectiva socio cultural, y en sus derechos a la salud.

Problema 1

La calidad de vida de las personas adultas mayores de nuestro país adolece de insuficiencias para su plena e integral satisfacción. El modelo actual no implica la participación activa de los mayores y no desarrolla respuestas articuladas entre el Estado y la Sociedad Civil.

Objetivo específico

Desarrollar un Programa Nacional del Adulto Mayor (PRONAM) que asegure la calidad de un envejecimiento activo, participativo y saludable que:

- Potencie las actuaciones de prevención del deterioro funcional y de promoción de salud, que favorezcan el mantenimiento de los ancianos en su medio habitual, así como la autonomía e independencia de estas personas.
- Contribuya a la integración y coordinación de los servicios sanitarios y sociales.
- Coordine acciones a nivel Interinstitucional e Intersectorial que permitan el desarrollo de Políticas de Estado específicas del Adulto Mayor.
- Garantice una adecuada articulación entre los distintos niveles de atención y especializada.

- Evite las internaciones inapropiadas, potenciando los sistemas alternativos de detección de ancianos frágiles en el primer nivel de atención, contando con centros diurnos, visitas a domicilio, etcétera.

ACTIVIDADES:

- a. Crear un Documento básico sobre Lineamientos para Políticas y Planes Nacionales.
- b. Crear de Normas, Protocolos y Guías para la atención del Adulto Mayor en el ámbito Público y Privado.
- c. Realizar Actividades de promoción de salud, coordinando con servicios socio-sanitarios, públicos y privados enfatizando en el primer nivel de atención.
- d. Coordinar con servicios socio sanitario, público y privados, eventos de promoción de salud enfatizando en el primer nivel de atención.

Problema 2

Falta de reglamentación del marco legal de la “Ley de Promoción Integral de los Adultos Mayores” (Ley N° 17.796.)

Objetivo específico

Revisión, actualización y monitoreo de marcos legales y mecanismos adecuados para la protección de los derechos de las personas mayores.

ACTIVIDADES:

Conformación de Grupo de Trabajo Interinstitucional por Ordenanza Ministerial.

Elaboración del Proyecto de Reglamentación de Ley No.17796.

Problema 3

Carencia de red sanitaria básica en la comunidad (extra hospitalaria), con enfoque específico para adultos mayores.

Objetivo específico

Promocionar la creación y fortalecimiento de una red socio-sanitaria de servicio integral e integrado de salud (socio sanitario) tanto en el ámbito público como privado, que responda a las

necesidades de las personas adultas mayores, reorientando servicios existentes y creando aquellos que fueran necesarios.

ACTIVIDADES:

Redes y servicios incorporados en Sistema Integrado de Salud, mediante:

- La puesta en marcha en todos los centros de salud actividades de Promoción, Prevención y Valoración geriátrica del anciano de alto riesgo que esté en la cartera de servicios como un Servicio Específico para el anciano mediante:

Talleres de capacitación con personal entrenado a profesionales del primer nivel de atención.

Profesionales del primer nivel identificados como “vínculos de enlace” con el equipo de Valoración Geriátrica del Centro Hospitalario Público y Privado del área correspondientes

La aplicación del test de Barber y detección de vulnerables

- La aplicación del Carné del Adulto Mayor a nivel nacional (operativo y legal).
- La disminución o retardo de la institucionalización de Adultos Mayores en el quinquenio, favoreciendo la creación de servicios extrahospitalarios como Centros Diurnos y Servicios de Ayuda Domiciliaria.
- Aplicación de las Prestaciones Prioritarias para el Sistema Nacional Integrado de Salud.

PRESTACIONES PROGRAMA ADULTO MAYOR

NIVEL DE ATENC.	PRESTACION	COMPONENTES DE LA PRESTACION	INDICADOR (lugar y tiempo)
1er NIVEL	Promoción de la salud de usuarios de 65 años y más	<p>Información sobre conductas y hábitos saludables</p> <p>Promoción del uso de servicios de apoyo al adulto mayor como Clubes y Centros Diurnos, propios o de la sociedad civil organizada</p>	<p>- existencia de materiales de información y sistemas de difusión</p> <p>- coordinación con organizaciones sociales o estructura propia</p>
1er NIVEL	Prevención Educación para la salud	<p>Educación para la salud específica y focalizada en AM</p> <p>Información acerca de prevención de problemas frecuentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maltrato- Abuso - Caídas - Uso responsable de fármacos, etc. 	Existencia de materiales de Educación e información en cantidad proporcional al número de usuarios conocidos.
1er NIVEL	Control Programado Anual de los AM de 65 a 74 años.	<p>1- Evaluación multidimensional (Con carné del adulto mayor) Realizada por Equipo básico del primer nivel de atención.</p> <p>Mental Social Funcional Odontológica Oftalmológica Auditiva</p> <p>(según recomendaciones de guías y pautas para la atención primaria del AM)</p>	<p>No. de AAMM evaluados x100 AM 65 y 74 años</p> <p>AAMM c/carné x100 AM 65 y 74 años</p>

1er NIVEL		<p>1.2 Valoración Geriátrica Integral (según resultados en ítem 1) Realizado por especialista. Geriatra-Gerontólogo (Aplicable en todos los casos a servicios de Montevideo y exigibles según plazos y disponibilidad en el interior) 2-Detección de vulnerables Adultos Mayores. Realización de al menos un tamizaje Screening/ tamizaje de vulnerabilidad Cuestionario de Barber, según guía de pautas y protocolos para atención AM. (medir anualmente)</p>	<p>Controles programados x 100 AM entre 65 y 74 años</p> <p>100% de adultos mayores vulnerables con problemas de salud evaluados por especialista geriatra.</p>
	<p>Control Programado Trimestral de los AM de 75 años y más y todos los AAMM detectados como vulnerables.</p>	<p>Valoración por Equipo Básico (Médico, Enfermera, T.Social, Psicólogo, ... <u>Áreas:</u> Médica (médico general entrenado o geriatra) Mental Social Funcional Nutricional</p>	<p>controles programados x 100 AM de 75 años y más y vulnerables (medir trimestralmente)</p>
	<p>Control Programado anual de los AM de 75 años y más, y vulnerables.</p> <p>Inmunizaciones Programadas de los usuarios de 65 años y más</p>	<p>Por especialista Geriatra</p> <p>Vacunación: Antitetánica Antineumocócica Antigripal</p>	<p>controles programados con geriatra x 100 AM de 75 años y más y vulnerables</p> <p>vac. gripe. 65 años y mas x 100 AM de 65 años y mas</p> <p>Vac. Neumo. 65 años y mas x 100 AM de 65 años y mas</p> <p>- CEV vigente</p>

1er NIVEL	<p>Atención a demanda de los AM de 65 años y más</p> <p>Servicio De Ayuda Domiciliaria (SAD) AM enfermos, frágiles o incapaces de desplazarse o en situación de enfermedad terminal o que viven solos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consultorio • Domicilio <p>- consulta a demanda</p> <p>- consulta programada</p> <p>- entrega de medicación crónica en domicilio</p> <p>- cuidados de enfermería</p> <p>- rehabilitación</p> <p>- cuidados paliativos.</p>	<p>(fecha visita) menos (fecha solicitud) (en días)</p>
2º NIVEL	<p>Internación de AM de 65 años y más</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración por Unidad de valoración geriátrica (equipo interdisciplinario orientado a la atención específica de AM y de apoyo a Atención Primaria compuesto por Geriatra, Lic. Enfermería, T.Social.(UVG) 	<p>AM ingresados con VG x 100 AM ingresados</p>
3er. NIVEL		<ul style="list-style-type: none"> • Unidad Geriátrica de Agudos (Servicio que presta atención a AM en procesos agudos para AAMM (UGA) • Unidad de Media Estancia (Servicio de Rehabilitación para AM ya diagnosticados con posibilidades reales de rehabilitación) (UME) • Hospital de Día (Servicio ambulatorio destinado a completar la recuperación de AM conjugando las ventajas del 	

		hospital y su permanencia en el hogar). Presenta un área clínica orientada a aquellos AM con dificultad que permite en 1 jornada realizarle una aproximación diagnóstica)	
--	--	---	--

Problema 4

Carencia de servicios intra hospitalarios que aseguren una atención geriátrica continua y progresiva.

Objetivo específico

Favorecer la creación de servicios que apunten a un cambio de modelo intra hospitalario con un enfoque preventivo y rehabilitador desde la internación, que permita la reinserción del adulto mayor en la comunidad y la disminución de costos de estadía hospitalaria

ACTIVIDADES:

Creación y Normatización de los siguientes Servicios:

Unidad de Valoración Geriátrica.

Unidad hospitalaria interdisciplinaria, orientada a la atención específica de los pacientes geriátricos de la Institución y de apoyo a atención primaria.

Unidad Geriátrica de Agudos.

Nivel asistencial que, dentro de un servicio de geriatría integrado en un hospital general, presta atención especializada, en régimen de hospitalización, a ancianos con procesos agudos.

Unidad Media Estancia (UMEs)

Nivel asistencial en el que se completa la rehabilitación de pacientes con posibilidades reales de recuperación, que precisan para ello estancias superiores a las aceptadas tradicionalmente en el medio hospitalario. Se entiende que el cuidado de estos pacientes no puede en caso alguno efectuarse fuera de dicho medio.

Hospital de Día. .

Nivel asistencial, de funcionamiento exclusivamente diurno, destinado a completar la recuperación de pacientes geriátricos conjugando las ventajas del hospital y de la permanencia en el hogar.

Equipo Geriátrico de Visitas Domiciliarias

Equipo de cuidados paliativos

Elaboración de un instrumento único de registro en los pacientes institucionalizados de los adultos mayores en la historia clínica y su implementación a nivel nacional.

Problema 5

Carencia de agenda nacional en recursos humanos para la atención de adultos mayores en todos los niveles de atención.

Objetivo específico

Favorecer la capacitación de Recursos Humanos (profesionales y no profesionales) que atiendan las necesidades de los Adultos Mayores, promoviendo la formación en geriatría y gerontología para los prestadores actuales y futuros de salud, en todos los niveles de atención, enfatizando en el primer nivel.

ACTIVIDADES:

Incorporación de Programas de Capacitación para Equipos de Atención de Primer Nivel.

Transversalizar con otros programas temáticas afines al Adulto Mayor y elaboración de material de difusión de temas que impliquen un envejecimiento activo y saludable.

Problema 6

Gran porcentaje de adultos mayores institucionalizados por ausencia de servicios alternativos.

Objetivo específico

Promover cambios en el modelo de atención favoreciendo la creación de Centros Diurnos.

ACTIVIDADES:

Elaboración Proyecto de Centro Diurno.

Monitoreo del proceso desde la implementación.

Problema 7

Establecimientos que alojan Adultos Mayores en número creciente que no brindan una buena calidad de atención. Necesidad de revalorar criterios contemplados en la normativa de la ley 17066 Decreto 320/99 que no han sido desarrollados como estándares mínimos, responsabilidades de propietarios, directores técnicos y criterios de categorización.

Objetivo específico

Hacer de la normativa vigente un instrumento útil y actualizado para los procesos de mejora continua de la calidad de atención de los Adultos Mayores usuarios de este servicio, contando con una dotación adecuada, en calidad y cantidad, de recursos humanos (cuerpo inspectivo) que inspeccionen estos establecimientos.

ACTIVIDADES:

- a. Conformación de la Comisión Honoraria según artículo V de la ley 17066 Decreto y planificación de reuniones para la reformulación del decreto.
- b. Reformulación Decreto 320/99
- c- Categorización para establecimientos que alojan Adultos Mayores (A, B, C, D).
- d- Capacitación de inspectores a nivel nacional de establecimientos que alojan Adultos Mayores.
- e- Capacitación para Directores Técnicos que no tengan postgrado en Geriatria y Gerontología y que estén ejerciendo dicha función en aquellos establecimientos que no tienen acceso a este tipo de especialista.
- f- Capacitación de Cuidadores que trabajan para brindar servicios al Adulto Mayor en Instituciones de larga estadía.

Problema 8.

Los Derechos y Deberes de las Personas Mayores atraviesan transversalmente todos los ámbitos de acción. En la Comunidad recién se comienza a trabajar en este sentido, no existiendo coordinación entre los actores del Estado ni articulaciones con la Sociedad Civil.

Objetivo específico:

Coordinar con actores del Estado y con la comunidad acciones de promoción y defensa de los derechos de los Adultos Mayores.

ACTIVIDADES:

Conformación de un Grupo de Trabajo Interinstitucional y con la sociedad civil.

Problema 9.

No existe una conciencia sobre el proceso de envejecimiento en ninguna de las etapas vitales del individuo, ni de las acciones preventivas inherentes al bienestar futuro, que incide sobre la calidad de vida de los Adultos Mayores.

Objetivo específico:

Promocionar la salud de los adultos mayores desde etapas tempranas, de modo de favorecer el mantenimiento de los mismos en su medio habitual, así como su función autonomía, independencia e integración.

ACTIVIDADES:

Realización de Talleres de preparación para la jubilación para Funcionarios del MSP y extensión a otras Instituciones.

Publicación de un manual para una Jubilación Saludable.

Realización de Talleres sobre Vida Saludable y Sexualidad.

Elaboración de Proyecto de Actividad Física para Adultos Mayores, con Ministerio de Turismo y Deporte.

Coordinación de experiencias Piloto a través de acciones (Grupos Focales) con Operadores de la Comunidad en 4 Departamentos más envejecidos y que han priorizado en sus políticas locales la temática del envejecimiento.

Coordinar acciones que favorezcan y efectivicen el intercambio generacional buscando mejorar la calidad de vida de los Adultos Mayores en su proceso vincular.

Diseñar y publicar materiales de difusión sobre Promoción en Salud del Adulto Mayor para la población general sobre temas que favorezcan un envejecimiento activo y saludable.

Indicadores del Programa

Objetivo Específico 1

Desarrollar un Programa Nacional del Adulto Mayor (PRONAM) que asegure la calidad de un envejecimiento activo, participativo y saludable que:

- Potencie las actuaciones de prevención del deterioro funcional y de promoción de salud, que favorezcan el mantenimiento de los ancianos en su medio habitual, así como la autonomía e independencia de estas personas.
- Contribuya a la integración y coordinación de los servicios sanitarios y sociales.
- Coordine acciones a nivel Interinstitucional e Intersectorial que permitan el desarrollo de Políticas de Estado específicas del Adulto Mayor.
- Garantice una adecuada articulación entre los diferentes niveles de atención.
- Evite las internaciones inapropiadas, potenciando los sistemas alternativos de detección de ancianos frágiles en el primer nivel de atención, contando con centros diurnos, visitas a domicilio, etcétera.

Indicadores Objetivo 1.

Número de Coordinaciones del Programa en acciones interinstitucionales e intersectoriales que prevengan el deterioro funcional y la promoción de salud e integración social en la comunidad del AAMM.

Número de Acciones realizadas que faciliten la articulación entre diferentes niveles de atención cuyo objeto se a el mejoramiento de la atención de la persona mayor.

Número de nuevos servicios creados en sector público y privado a partir de Marzo de 2005 con el fin de atender prioritariamente al anciano frágil.

Objetivo Específico 2

Revisión, actualización y monitoreo de marcos legales y mecanismos adecuados para la protección de los derechos de las personas mayores.

Indicadores Objetivo 2.

Reglamentación de ley 17796 finalizada a Marzo 2006

Documento de inclusión de categorización de casas de residencias para ley 17.066, finalizado a Junio 2007.

Objetivo específico 3

Promocionar la creación y fortalecimiento de una red socio-sanitaria de servicio integral e integrado de salud (socio sanitario) tanto en el ámbito público como privado, que responda a las necesidades de las personas adultas mayores, reorientando servicios existentes y creando aquellos que fueran necesarios.

Indicadores Objetivo 3.

Incluido en Prestaciones requerimiento creación y fortalecimiento de servicios integrales e integrados para AAMM con su vinculación a redes socio-sanitarias

Al menos 3 asesoramientos anuales del programa para reordenación de servicios o creación de nuevos en el sector público y privado.

Objetivo específico 4

Favorecer la creación de servicios que apunten a un cambio de modelo intra hospitalario con un enfoque preventivo y rehabilitador desde la internación, que permita la reinserción del adulto mayor en la comunidad y la disminución de costos de estadía hospitalaria

Indicadores Objetivo 4.

Los Servicios se implementaran en instituciones públicas y privadas en forma progresiva a lo largo 5 años, de acuerdo a las Prestaciones exigidas por este ministerio.

Unidad de Valoración Geriátrica.

Unidad Geriátrica de Agudos.

Unidad de Media Estancia.

Hospital de Día.

Equipo Geriátrico de visitas domiciliarias operativo.

Equipo de cuidados paliativos operativo.

Objetivo Específico 5.

Favorecer la capacitación de Recursos Humanos (profesionales y no profesionales) que atiendan las necesidades de los Adultos Mayores, promoviendo la formación en geriatría y gerontología para los prestadores actuales y futuros de salud, en todos los niveles de atención, enfatizando en el primer nivel.

Indicadores Objetivo 5.

Numero de Coordinaciones con instituciones formativas para la inclusión en sus programas profesionales y técnicos la formación en geriatría y gerontología.

Inclusión en las nuevas Políticas de salud (nuevo sistema) el requerimiento de formación en geriatría y gerontología.

Número y nivel de instancias formativas donde participa el programa.

Objetivo específico 6

Promover cambios en el modelo de atención favoreciendo la creación de Centros Diurnos.

Indicadores Objetivo 6

Apoyo en el Diseño de 2 experiencias pilotos de Centros Diurnos con servicios públicos y privados a partir del tercer año.

Objetivo específico 7

Hacer de la normativa vigente un instrumento útil y actualizado para los procesos de mejora continua de la calidad de atención de los Adultos Mayores usuarios de este servicio, contando con una dotación adecuada, en calidad y cantidad, de recursos humanos (cuerpo inspectivo) que inspeccionen estos establecimientos.

Indicadores Objetivo 7.

Documento de Decreto 320/99 Revisado 2do año.

Diseño de Documento de Categorización ley 17066 a Junio 2007

Número de cartillas de gestión de servicios distribuidas (Porcentaje de residencias entregadas y Porcentaje de Trámites de habilitación)

Número de cursos de capacitación a nivel profesional y técnico co-organizados u organizados.

Objetivo específico 8

Coordinar con actores del Estado y con la comunidad acciones de promoción y defensa de los derechos de los Adultos Mayores.

Indicadores Objetivo 8.

Conformación de un Grupo de Trabajo Interinstitucional y con la sociedad civil a marzo 2006.

Objetivo específico 9:

Promocionar la salud de los adultos mayores desde etapas tempranas, de modo de favorecer el mantenimiento de los mismos en su medio habitual, así como su función autonomía, independencia e integración.

Indicadores Objetivo 9.

Número de materiales de difusión impresos y distribuidos.

Número de instancias de participación del programa en Actividades de Promoción del Adulto Mayor autoválido, independiente e integrado.

ANEXOS

UNIDAD DE VALORACIÓN GERIÁTRICA

Definición:

Unidad hospitalaria interdisciplinaria, orientada a la atención específica de los pacientes geriátricos de la Institución y de apoyo a atención primaria.

Arquitectura y funcionalidad

- Próximo a salas de urgencias, rehabilitación y consultas externas.
- Área médica.
- Área de enfermería.

Atención interdisciplinaria

Prestada por un equipo interdisciplinario: medico, enfermera y trabajador social

Objetivos

- Detectar precozmente el riesgo de incapacidad, dependencia y cronificación de los pacientes y derivarlos al nivel asistencial más adecuado.
- Realizar valoración geriátrica.
- Dar apoyo a otras unidades del hospital en el manejo diagnóstico y terapéutico de pacientes geriátricos.
- Disminuir el riesgo de institucionalización mediante protocolos sobre los principales síndromes geriátricos.
- Colaborar en las altas hospitalarias difíciles buscando la ubicación más idónea.

UNIDAD GERIÁTRICA DE AGUDOS

Definición:

Nivel asistencial que, dentro de un servicio de geriatría integrado en un hospital general, presta atención especializada, en régimen de hospitalización, a ancianos con procesos agudos.

Arquitectura y funcionalidad

- Amplitud de espacios.
- Empleo de elementos facilitadores: pasamanos de apoyo, ayudas en los lavabos, suelos antideslizantes...
- Existencia de utillaje específico: camas de altura regulable, sillones geriátricos, andadores, colchones antiescaras,...

–

Criterios de ingreso

- Pacientes, generalmente, mayores de 65 años.
- Enfermedad aguda o agudización/ complicación de una patología crónica.
- Tendencia a la incapacidad de la enfermedad causa del ingreso.
- Pluripatología y polifarmacia.
- Evolución condicionada por factores mentales y/o sociales.

–

Cuidado progresivo

La filosofía rehabilitadora tiene en la unidad de agudos su punto de arranque, por lo que debe estar presente en la mente y actuación del equipo cuidador.

Criterios de evolución

Van a ser imprescindibles las referencias sobre el estado funcional y mental:

- Previo del paciente, habitualmente un mes antes de la enfermedad causa del ingreso.
- En el momento del ingreso.
- Durante la estancia en la unidad.
- En el momento del alta.

Esto obliga a la utilización de escalas que cuantifiquen el estado funcional y mental del paciente.

Atención interdisciplinaria

Prestada por un equipo interdisciplinario que se reúne semanalmente en una sesión en la que se evalúa el progreso clínico y rehabilitador de todos los pacientes, se toman decisiones conjuntas sobre ellos y se decide el momento del alta.

Preparación del alta

Debe ser temprana, pero no precipitada, entendiéndose que una vez alcanzado el techo de posibilidades en la unidad, el caso debe ser encauzado hacia el domicilio o el nivel asistencial adecuado.

Es decidida en sesión interdisciplinario y tiene que ser:

- Programada.
- Canalizada a través de asistencia social.
- Confirmado el conocimiento del paciente y familia.
- Decidida la forma y el lugar.
- Informado el equipo del nivel asistencial al que es derivado el paciente.

- Informados los servicios sociales comunitarios
- Preparadas las ayudas a domicilio.

Diagnóstico cuádruple

- Diagnóstico clínico, que suele agrupar varias enfermedades.
- Diagnóstico funcional, que expresa la capacidad de autosuficiencia del paciente.
- Diagnóstico psíquico, informa sobre el estado mental.
- Diagnóstico social que expresa la situación actual del paciente y el tipo de apoyos que necesita en este campo.

Datos estadísticos

- Las patologías causa de ingreso más frecuentes son:
 - Accidente cerebro vascular.
 - Neumonía.
 - Reagudizaciones de broncopatías crónicas.
 - Insuficiencia cardíaca descompensada.
 - Complicaciones en el curso de enfermedades previas graves, habitualmente incapacitantes (deshidratación, descompensaciones metabólicas,...)
 - Síndromes geriátricos cuyo estudio no puede hacerse ambulatoriamente (inmovilismo no filiado, caídas de repetición,...)
 - Traslados de otros servicios de pacientes que, en el curso de la hospitalización, han presentado problemas cuya resolución es más adecuada en la U.G.A.
- La estancia media, se sitúa alrededor de los 12 días-14días.
- La tasa acumulada de reingresos, se sitúa en torno al 22%.

UNIDAD DE MEDIA ESTANCIA

Definición:

Nivel asistencial en el que se completa la rehabilitación de pacientes con posibilidades reales de recuperación, que precisan para ello estancias superiores a las aceptadas tradicionalmente en el medio hospitalario.

Se entiende que el cuidado de estos pacientes no puede en caso alguno efectuarse fuera de dicho medio.

El término “media estancia” se discute por quienes piensan que los periodos de tiempo no deben ser nunca los que determinen el tipo de cuidados a prestar. Por ello se han propuesto otras denominaciones como unidad de rehabilitación o unidades de convalecencia.

Arquitectura y funcionalidad

- Amplitud de espacios.
- Empleo de elementos facilitadores: pasamanos de apoyo, ayudas en los lavabos, suelos antideslizantes...
- Existencia de utillaje específico: camas de altura regulable, sillones geriátricos, andadores, colchones antiescaras,...

Criterios de ingreso

Los informes clínicos, los del equipo de rehabilitación y los de los trabajadores sociales serán valorados conjuntamente antes de tomar una decisión definitiva, ya que es muy importante evitar la cronificación de unas camas cuya misión es atender al mayor número de pacientes posibles.

La filosofía de tales criterios se sintetiza en una razonable esperanza de recuperación en un razonable espacio de tiempo. El límite de esta recuperación se sitúa en la posibilidad de continuarla en otro nivel asistencial.

Aunque el énfasis de la UME recae en la recuperación funcional, no puede olvidarse la importancia de los controles clínicos y los cuidados psíquicos y sociales.

Procedencia de los pacientes

Los pacientes que se benefician de la UME no sólo proceden del servicio de geriatría sino de otras especialidades: traumatología, neurología, cirugía vascular,... así como de la comunidad a petición de los equipos de atención primaria o desde la propia consulta del hospital.

Incluso admite pacientes de edades no geriátricas siempre que cumplan los criterios de ingreso generales.

Criterios de evolución

Van a ser imprescindibles las referencias sobre el estado funcional y mental:

- Previo del paciente, habitualmente un mes antes de la enfermedad causa del ingreso.
- En el momento del ingreso.
- Durante la estancia en la unidad.
- En el momento del alta.

Esto obliga a la utilización de escalas que cuantifiquen el estado funcional y mental del paciente.

Atención interdisciplinaria

Prestada por un equipo interdisciplinario que se reúne semanalmente en una sesión en la que se evalúa el progreso clínico y rehabilitador de todos los pacientes, se toman decisiones conjuntas sobre ellos y se decide el momento del alta.

Preparación del alta

Debe ser temprana, pero no precipitada, entendiéndose que una vez alcanzado el techo de posibilidades en la unidad, el caso debe ser encauzado hacia el domicilio o el nivel asistencial adecuado.

Diagnóstico cuádruple

- Diagnóstico clínico, que suele agrupar varias enfermedades.
- Diagnóstico funcional, que expresa la capacidad de autosuficiencia del paciente.
- Diagnóstico psíquico, informa sobre el estado mental.
- Diagnóstico social que expresa la situación actual del paciente y el tipo de apoyos que necesita en este campo.

Datos estadísticos

- Las patologías causa de ingreso más frecuentes son:
 - Accidentes cerebrovasculares que han sobrepasado la fase aguda y tienen posibilidades reales de rehabilitación.
 - Fracturas de cadera en pacientes ancianos cuya recuperación funcional no está garantizada fuera del medio hospitalario, a causa de condicionantes clínicos, mentales o sociales.
 - Amputaciones, con posibilidad de prótesis, que comparten los puntos del apartado anterior.
 - Inmovilizaciones de otras etiologías que pueden ser reversibles Parkinson, reumatismos,...
 - Cuadros clínicos que requieren garantías de estabilización antes de su vuelta a la comunidad (anticoagulación, diabetes,...)
 - Procesos quirúrgicos en pacientes muy condicionados clínica y socialmente.
- La estancia media, oscila entre los 25 y 30 días.

HOSPITAL DE DÍA

Definición:

Nivel asistencial, de funcionamiento exclusivamente diurno, destinado a completar la recuperación de pacientes geriátricos conjugando las ventajas del hospital y de la permanencia en el hogar.

Arquitectura y funcionalidad

- Situados preferiblemente en planta baja, con acceso rodado desde el exterior.
- Amplitud de espacios.
- Empleo de elementos facilitadores: pasamanos de apoyo, ayudas en los lavabos, suelos antideslizantes...
- Existencia de utillaje específico: camas de altura regulable, sillones geriátricos, andadores, colchones antiescaras,...
- Acceso fácil a las áreas de rehabilitación del hospital que deberán ser compartidas.
- Relación fácil con áreas de diagnóstico del hospital y de abastecimiento de material, comida, lencería,...
- Relación con el resto de niveles asistenciales del hospital.

Los pacientes provienen de cualquier servicio hospitalario o de la propia comunidad, son recogidos en su domicilio para completar una jornada terapéutica y ser devueltos de nuevo al hogar.

Habitualmente funcionan durante 10-17 horas, de lunes a viernes y en este tiempo los pacientes cumplen un programa de actividades que incluyen fisioterapia, terapia ocupacional, supervisión de enfermería, ludoterapia y actividades de tipo social.

Sus ventajas son innegables ya que garantizan recuperaciones, favorecen el alta hospitalaria y evitan reingresos.

Su ubicación ideal es dentro del propio bloque del hospital general.

Las patologías y los pacientes que recibe el hospital de día son los mismos que en la U.M.E., con las siguientes matizaciones:

- El grado de incapacidad funcional debe permitir, con cierta facilidad, el traslado del domicilio al hospital.
- Las condiciones sociofamiliares deben permitir, la permanencia del paciente en su domicilio durante toda la jornada no hospitalaria.

Objetivos

- Garantizar la estabilidad clínica y el proceso rehabilitador tras la enfermedad aguda de ancianos que cumplan criterios de paciente geriátrico.
- Facilitar el alta hospitalaria temprana.
- Proporcionar cuidados clínicos y de enfermería que no pueden realizarse en medio ambulatorio, sin necesidad de ingreso hospitalario.
- Recuperar las actividades de la vida diaria.
- Proporcionar apoyo a la familia y los cuidadores.

Diferencias con los centros de día

- Están incluidos en el ámbito sanitario.
- Tienen posibilidades clínicas, diagnósticas y terapéuticas.
- Disponen de medios rehabilitadores hospitalarios.

Área clínica

Situada en un espacio físico individualizado, dotado incluso de cama hospitalaria.

Consta de dos secciones complementarias:

- Valoración clínica, que incluye procedimientos diagnósticos. (extracciones de sangre, recolección de muestras de orina, ECG,).
Está dirigida en especial a pacientes que tienen dificultades físicas para integrarse en la dinámica de las consultas externas y en quienes, en una jornada, puede realizarse una aproximación diagnóstica.
- Cuidados de enfermería, incorporan todo tipo de cuidados, cambios de sonda, educación sanitaria de pacientes y familia,...

Área rehabilitadora

- Fisioterapia, encargada básicamente de la recuperación de la función motora. Puede utilizar los recursos del servicio de rehabilitación hospitalario o disponer de sus propios recursos.
- Terapia ocupacional, enfocada hacia la recuperación de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Área social

Incorpora, junto a la valoración social, técnicas de socioterapia y relaciones con familiares y entorno.

NECESIDADES Y TIPOLOGÍAS DE ADULTOS MAYORES.

Las personas mayores tienen necesidades multidimensionales: biológicas, psicológicas, sociales y funcionales (son independientes y auto válidos o requieren diversos grados de asistencia en la vida cotidiana).

El envejecimiento poblacional es un signo de desarrollo y la longevidad una cuestión profundamente relacionada con las condiciones de vida. Los ciudadanos adultos mayores son personas que deben valorarse como recurso para la comunidad, sea por su capacidad para aportar activamente, por el rol que desempeñan en las familias o porque sus propias necesidades se transforman en un instrumento de transferencia económica intergeneracional y hasta en fuentes de trabajo.

Los adultos mayores tienen derechos, dentro de cuales los derechos sociales son fundamentales y estos comprenden otros aspectos que se extienden más allá de los beneficios de jubilaciones y pensiones. Estos derechos incluyen la seguridad y apoyo social, la justicia, equidad y solidaridad, la dignidad, el derecho a la independencia y ejercicio de su autonomía y el derecho a la participación en asuntos y políticas que les afectan.

La calidad de vida de los adultos mayores es el grado de bienestar físico, psicológico, social y funcional que los adultos mayores tienen objetivamente y perciben y se expresa en autorrealización para ellos en términos individuales o como colectivo. La calidad de vida tiene componentes subjetivos, personales y socio – ambientales. Inciden en ella el estado de salud, sus habilidades, el grado de integración social, sus posibilidades de participación, goce del tiempo libre y ocio , el acceso a bienes culturales, la calidad de la vivienda o institución donde vive, la calidad y cantidad de apoyo social formal, la disponibilidad y accesibilidad a sistemas socio sanitarios diferenciados para mayores, así como el respeto por sus preferencias, valores , creencias religiosas o convicciones políticas, filosófica, etc.

La condición global de salud de las personas adultas mayores es muy heterogénea en tanto existe una diferenciación progresiva de los individuos en el proceso de envejecimiento, según las condiciones en las que se envejece.

Si bien la mayoría son personas independientes y socialmente integrados a la comunidad un porcentaje creciente padecen diversos grados de pérdida de su autonomía, discapacidad física y mental. En estos últimos, la calidad de vida se relaciona fuertemente con la calidad de los apoyos y servicios que reciben.

La satisfacción integral de sus necesidades merece entonces respuestas heterogéneas (sanitarias, sociales, habitacionales, educativas, etc.), que den cuenta de estos requerimientos conforme cambia la condición de la persona.

Además de un cambio en el modelo de atención, se requiere un cambio cultural en la sociedad respecto de los mayores y sus potencialidades.

“Envejecer en casa y en la comunidad” supone desarrollar sistemas formales que posibiliten que aquellos que son relativamente sanos e independientes continúen siéndolo y que aquellos que tienen entorno familiar permanezcan todo lo posible en la comunidad, mediante una

tipología de servicios comunitarios diferenciada y unos apoyos que permitan que las familias sigan cumpliendo un rol tan valioso como necesario. Cuando las necesidades globales superan la capacidad de respuesta de los apoyos en la comunidad se trata de que la persona adulta mayor esté en el mejor contexto institucional de atención.

Este continuo de contextos de atención implica por tanto desde la familia y la comunidad hasta los cuidados institucionales y los cuidados en el final de la vida.



ASISTENCIA GERIATRICA Y GERONTOLOGICA

RECURSOS HUMANOS

Teniendo en cuenta la definición de Geriatria, como la rama de la medicina y de la enfermería que se ocupa no solo de la prevención y asistencia de las enfermedades que presentan los ancianos, si no también de su recuperación funcional y de su reinserción en la comunidad, la intervención profesional interdisciplinario debe dar respuesta a la demanda de cuidados que presenta esta población mayor.

Definimos **Gerontología**, como la ciencia interdisciplinaria que enfoca los problemas de la vejez; tales como biológicos, ecológicos, psicológicos, patológicos, demográficos, sociológicos con sus implicancias administrativas, legales, económica y finalmente políticas que lo forman. Abarca a la Geriatria pero se extiende mucho más allá de ella.

El objetivo primordial del equipo es devolver y/o mantener al anciano, siempre que sea posible en su propio domicilio en condiciones funcionales y sociales que garanticen una digna calidad de vida.

Los múltiples aspectos que deben ser considerados y las diversas áreas que hay que valorar difícilmente pueden ser abordados por una sola persona: de aquí surge la necesidad del equipo.

Podemos distinguir dos tipos de equipos:

Equipos multidisciplinarios: Los profesionales trabajan independientemente pero con los mismos objetivos e interactúan de manera informal.

Equipo interdisciplinario; Los profesionales trabajan independientemente e interactúan de manera formal (sesiones e informal).

El equipo Básico debe constar de: medico geriatra, enfermera profesional, trabajador social y psicóloga.

Sin una organización adecuada el equipo pierde eficacia por lo que es recomendable:

- Establecer objetivos comunes, realistas, claros y definidos.
- Definir las funciones de cada miembro.
- Utilizar protocolos y criterios comunes.
- Reunirse de forma periódica.
- Revisar periódicamente los objetivos y resultados.

Es importante definir las funciones de los integrantes de dicho equipo.

Estas tendrán mayor énfasis en un aspecto u otro de acuerdo a la unidad asistencial en que esté inserto dicho equipo.

Para que la asistencia geriátrica tenga impacto es necesaria que sea brindada por un equipo multidisciplinario y contar con los niveles de atención extra e intra hospitalarios que trabajen en forma coordinada y posibiliten continuidad de cuidados progresivos en función del estado social del adulto mayor.

Tomando en cuenta estas condiciones generales debe definirse un conjunto de prestaciones esenciales y básicas que exceden a las prestaciones económicas de las jubilaciones y pensiones.

Este conjunto mínimo de servicios y actividades a desarrollar debiera comprender:

- **Programas de prevención y promoción de salud para mayores**, integrados a las actividades que se desarrollan en los distintos niveles del sector salud y que incluyan: educación para la salud con enfoque específico (sociales, recreativas, hábitos de vida de saludables, prevención de problemas frecuentes, programas intergeneracionales, de salud bucal, actividad física regular, educación y orientación sexual, alimentación, etc.) y una canasta básica obligatoria para los prestadores en cuanto evaluaciones, controles y chequeos periódicos, tanto en el ámbito público como privado.
- **Programas de recreación, turismo social y voluntariado para mayores**, que aprovechando la experiencia existente, tanto en la experiencia departamental desde la IMM, como nacional desde el (BPS) se profundicen y multipliquen.
- **La promoción y apoyo para la participación**, deben asumirse de forma sistemática y orgánica, con carácter nacional y departamental de forma de ir incorporando particularidades regionales y locales, en espacios consultivos y asesores, que se integren y resuman en un Consejo Consultivo Nacional de los Adultos Mayores, que creemos debe integrarse a la norma. Queremos destacar que en este concepto esta incluido la respuesta hacia a quien va dirigido.
- **Programas de detección de adultos mayores vulnerables** que desde cualquier posición en el sistema detecten situaciones de riesgo y pauten la mejor gestión del caso.

En los servicios es preciso definir una serie de estructuras esenciales, sociales y sanitarias, a desarrollar en un proceso progresivo y pautado.

Optimizar los servicios disponibles, creando aquellos de los cuales se carece, tanto en el ámbito público como el privado.

- **La evaluación, coordinación y gestión de casos**, que implica un proceso en el que el adulto mayor es valorado, se establecen los cuidados que necesitan, se selecciona un servicio adecuado y se realiza un seguimiento y revisión de los cuidados. El gestor - coordinador de casos es una persona calificada con destrezas específicas, que apoya al usuario y/o sus cuidadores habituales, les asesora y facilita los cuidados, mejora la referencia dentro del sistema y el buen uso de los recursos. En condiciones ideales el gestor es una Licenciada Enfermera si el problema predominante es de carácter sanitario o un As. Social si la problemática predominante es de tipo social.

- **Implantación de consulta de geriatría en el primer nivel de atención**, para apoyo de equipos de atención del primer nivel. Estos equipos a su vez deben capacitarse para realizar todas las actividades de promoción y prevención tanto primaria como secundaria. Deben definirse pautas y protocolos de atención de los problemas mas frecuentes con carácter nacional.
- **Programas de alimentación y servicio de comidas a domicilio**, que pueden proveerse en el hogar de personas mayores o en un lugar colectivo, cuyo objetivo es proporcionar soporte nutricional complementario para mantener o mejorar el estado de salud.
- **Servicios de ayuda a domicilio y de acompañantes**: incluye ayuda para ordenar el hogar, limpiar la casa, lavar la ropa, comprar alimentos, acompañamiento, proporcionado por personal calificado. Es probable que el desarrollo integral de este tipo de servicios requiera de una política activa que asegure equidad, accesibilidad y personal competente.
- **Servicios de enfermería a domicilio**, que proveen cuidados de enfermería en el hogar para personas adultas mayores que puedan permanecer en dicho medio durante enfermedades agudas, o bien brindarles atención continuada de enfermedades crónicas o cuidados paliativos. Se trata de proporcionar apoyos en esta área procurando el involucramiento familiar, así como la capacitación de los mismos en la atención y cuidados.
- **Programas de apoyo diurno a través de centros diurnos en la comunidad u oferta de cuidados diurnos desde centros residenciales o centros geriátricos de múltiples servicios**: estos centros están destinados a personas adultas mayores con discapacidad física y/o mental, para mantener o devolverles función, proporcionar respiro a cuidadores habituales y capacitarles. La asistencia comprende los cuidados personales, supervisión en actividades sociales, recreativas, rehabilitación, cuidados básicos de la salud y enfermería.

No existe un criterio único para estimación de necesidades y cobertura: Tomando en cuenta el plan español, las necesidades estimadas de cobertura son de 2 plazas – lugares (o usuarios para centros de día) por cada 100 mayores de 75 años en la zona o región.

- **Programas comunitarios de rehabilitación (fisioterapia y terapia ocupacional, rehabilitación afectiva y cognitiva)**: destinados a proporcionar evaluación, tratamiento y asesoramiento a las personas adultas mayores y cuidadores en su hogar con el objetivo de rehabilitar o mantener funciones, sí como asesoramiento en la selección de ayudas técnicas y adaptaciones del hogar.
- **Pequeños hogares colectivos**, similares a viviendas familiares donde personas mayores con determinado grado de pérdida de autonomía hacen un uso común de recursos colectivos de forma cooperativa, con seguimiento y apoyos mínimos de sistemas formales, de forma de establecer alternativas menos complejas y evitar ingresos a instituciones de larga estadía. Pueden configurarse como grupos de convivencia para personas con enfermedad mental a cargo de y con supervisión de cuidadores formales.
- **Complejo de apartamentos**, con servicios de apoyo social y comidas en común, donde pueden incluirse programas u opciones intergeneracionales.
- **Servicios de inserción familiar o acogida**. Que son familias que alojan un número pequeño, no mayor de dos personas.

SERVICIOS DE ATENCION INSTITUCIONALES.

- **Establecimientos de larga duración:** Están destinados a proporcionar cuidados básicos personales y asistencia en actividades básicas de la vida diaria las 24 hs. En un entorno seguro y protegido, así como atención de enfermería, medicación, supervisión, para personas que ya no pueden permanecer en la comunidad y en su hogar, para quienes ya se han agotado otras alternativas.
- **Unidad de valoración geriátrica (UVG) en hospitales generales:** Unidad hospitalaria interdisciplinaria que interactúa con servicios hospitalarios donde se internan adultos mayores para darles apoyo en relación a problemas de manejo diagnóstico o terapéutico de riesgo de prolongación inadecuada de la estadía. También reducen el riesgo de institucionalización al alta y pueden apoyar a equipos de atención primaria en el alta a la comunidad. La necesidad-cobertura estimada según criterios internacionales es 1 Equipo y Unidad de Valoración por cada 250.000 habitantes para el índice de envejecimiento de nuestro país.
- **Unidad geriátrica de agudos (UGA) .** Área asistencial incluida en un hospital de agudos destinada a personas adultas mayores frágiles que cursan procesos agudos o agudizaciones de procesos crónicos, proporcionando atención multidisciplinaria especializada (geriátrica), evaluación geriátrica integral, mejorar la gestión de recursos en la derivación intra y extrahospitalaria. El tamaño mínimo aceptable es de 10 camas y las necesidades estimadas según criterios internacionales es de 1 UGA por cada 250.000 habitantes con 13% de población de 65 años en el área.
- **Unidad de media estancia (UME),** Convalecencia y Rehabilitación (Unidades de planificación de altas y recuperación) insertas en medios hospitalarios para proporcionar evaluación integral, rehabilitación y capacitación a cuidadores familiares, para personas adultas mayores convalecientes de procesos agudos, que en estadías no mayores de 1 mes y a menor costo, ofrecen recuperación y mejor reinserción en el contexto familiar, en programas de altas precoces. La necesidad – cobertura estimada según criterios internacionales es 1 UME por cada 250.000 habitantes por el índice de envejecimiento de Uruguay, lo que equivale a 12 camas.
- **Hospital de día (HD) en hospitales generales:** servicio de corta duración de funcionamiento diurno, integrado en un hospital de agudos, destinado a personas mayores frágiles o vulnerables para diagnóstico, evaluación y tratamiento, con objeto de lograr un nivel óptimo de función. La capacidad mínima estimada sobre criterios internacionales es de 1 plaza lugar de H. de Día cada mil mayores de 65 años o 1 hospital de día geriátrico cada 250.000 habitantes, para un índice de envejecimiento de 13%(Uruguay)

Referencias Bibliográficas

Estudio SABE (Salud y Bienestar en el Envejecimiento), OPS/OMS, 1999.

Estudio sobre Situación del Adulto Mayor en Argentina, Chile y Uruguay, BID, Escuela Andaluza de Salud Pública, Helpage Internacional, Federación Internacional de la Vejez, 1999.

O.Prats. Estudio sobre hogares colectivos y su crecimiento intercensal (inferido a partir de censos de población) MSP, 2000.

INE, Censo Fase 1, 2004.

García G, Situación de salud de los adultos mayores en Uruguay; ASSE- MSP-SSAE, Presentación 2004.

I.Savio, D. Basaldúa, G.García, G.Wagner, H. Rodsriguez, M. Escandell, C. Giri, A. Guerra, Programa de Atención Integral a la salud de los Adultos mayores de la región Este- Montevideo, ASSE-MSP, SAS- IMM, 2003.

Declaración de la delegación de Uruguay en la 30º Conferencia del Periodo de Sesiones de CEPAL, Naciones Unidad, San Juan, Puerto Rico, 2004.

Enfermería Geriátrica, Andrés Pérez Melleró.,